

後期高齢者医療療養費支給申請書 ( 年 月分) (はり・きゅう用)

被 保 険 者 欄	公費負担者番号		保険者番号			
	公費受給者番号		被保険者番号			
	発病又は負傷年月日 年 月 日		傷病名			
	療 養 を 受 け た 者 の 氏 名	(フリガナ)	発症又は負傷の原因及びその経過			
男・女		業務上・外、第三者行為の有無				
明・大・昭 年 月 日生		1. 業務上 2. 第三者行為である 3. その他				
施 術 内 容 欄	初療年月日	施術期間		実日数	請求区分	
	平成 年 月 日	自・平成 年 月 日～至・平成 年 月 日		日	新規・継続	
	傷病名	1. 神経痛 2. リウマチ 3. 頸腕症候群 4. 五十肩 2. 腰痛症 6. 頸椎捻挫後遺症 7. その他( )			転 帰 継続・治癒・中止・転医	
	初検料	1. はり 2. きゅう 3. はり・きゅう併用		円	摘 要	
	1. はり			円× 回= 円		
	2. きゅう			円× 回= 円		
	3. はり・きゅう併用			円× 回= 円		
	電療料	1. 電気針 2. 電気温灸器 3. 電気光線器		円× 回= 円		
	往療料	2kmまで		円× 回= 円		
	加算 ( km)			円× 回= 円		
	合 計					円
	一 部 負 担 額					円
	請 求 額					円
施術日 通院○ 往療◎	月	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31				
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術を行い、その費用を領収しました。 平成 年 月 日 住 所 はり師、きゅう師 氏 名 印 電 話					
申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して療養費の支給を申請します。 平成 年 月 日 和歌山県後期高齢者医療広域連合長 殿 申請者 住 所 (被保険者) 氏 名 印					
支 払 機 関 欄	支払区分 1. 振 込	預金の種類 1. 普通 2. 当座	金融機関名	銀行 本店 金庫 支店		
	口座名義(カタカナで記入)		口座番号			
備 考						
同 意 記 録	同意医師の氏名	住 所	同意年月日 平成 年 月 日	傷病名	要加療期間	